

지역사회 통합 돌봄과 간호사 케어 코디네이터

한 영 란*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 노인 인구비율은 2018년 14.3%로 고령사회에 진입한 후 2025년 20%, 2036년 30%, 2051년에는 40%를 초과할 전망으로 고령화 속도가 빨라지고 있다(Statistics Korea, 2019). 노인인구의 비율증가는 단순한 사회적 현상이 아니라 노인의 건강관리와 만성질환을 치료하기 위해 가족의 지원과 비용의 급격한 증가가 동반되는 복잡한 문제이다. 특히 가족구조의 변화와 여성 역할에 대한 인식변화로 인해 가정에서 노인을 돌보는 일은 사회적 문제로 대두되고 있다(Integration of Relevant Government Departments, 2018).

2017년 현재 만성질환자가 인구의 33.6%를 차지하고 만성질환 진료비는 28.2조원으로 전체 진료비 중 41%인데, 진료비 비중은 2003년 26.8%에서, 2007년 32.9%, 2017년 41%로 증가한 것이다(Ministry of Health and Welfare [MHW] & Chronic Disease Management Demonstration Team in Primary Medical care [CDMDT], 2018). 악성 신

생물, 뇌혈관질환, 심장질환 및 당뇨병으로 인한 사망률은 2011년 41%에서 2013년 47.1%로 증가하였고, 2011년부터 2017년까지 악성신생물, 뇌혈관질환, 심장질환이 사망원인 1~3순위를, 당뇨병이 5순위를 차지하고 있어 만성질환 관리가 매우 필요하다(MHW, 2018-a). 우리나라는 민간 보건의료기관이 94.7%, 의사 중 전문의가 79.1%를 차지하고 있고, 공급기관·사업별로 단편적인 서비스가 제공되어 의료비 증가속도는 Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) 국가 중 가장 빠르다(MHW, 2019-a). 미국 의학연구원(Institution of Medicine [IOM], 2001) 보고서에 의하면 급성치료와 개인 질병 관리중심의 단편적 관리로는 만성질환에 대한 양질의 돌봄과 의료비 상승을 억제할 수 없으므로 서비스의 증복과 불필요한 관리를 조정할 수 있는 근본적인 체계의 변화가 요구된다고 하였다.

보건복지부는 보건의료체계의 지속가능성을 제고하고 환경변화에 대응하며 모든 국민이 부담 가능한 비용으로 적절한 보건의료 서비스를 이용할 수 있도록 지역사회기반 환자중심 의료체계 구축, 환자안전강화, 필수 의료중심의 의료 공공성 확보강화를 위한 보건의료정책

* 동국대학교 의과대학 간호학과 교수(교신저자 E-mail: hanyr@dongguk.ac.kr) (<https://orcid.org/0000-0002-0539-0496>)

• Received: 26 September 2019 • Revised: 24 November 2019 • Accepted: 3 December 2019

• Address reprint requests to: Han, Young Ran

Department of Nursing, Dongguk University

Dongdae-ro 87, Gyeongju-si, Gyeongsangbuk-do, Korea 38066

Tel: 82-10-9071-0622 Fax: 82-54-770-2616 E-mail: hanyr@dongguk.ac.kr

을 중점적으로 추진하고 있다(MHW, 2019-a). 보건복지부는 준비되지 않은 상태에서 초 고령사회로 진입할 경우 노인 질병 치료비와 가정에서 돌봄을 받을 수 없는 노인들의 병원 및 시설입소로 인한 의료비급증으로 국가와 생산연령층의 부담이 가중될 것이며 광범위한 돌봄의 사각지대가 발생하여 불안요인으로 작용할 것을 염려하여 한국형 커뮤니티 케어를 시작하겠다고 발표하였다(MHW, 2018-b). 이 사업은 돌봄이 필요한 주민들을 대상으로 그들이 살던 곳에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 영양·돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스 정책이다. 따라서 주민들이 독립성을 최대한 유지할 수 있도록 그동안 분절적으로 제공되어오던 보건의료, 영양, 주거, 복지 등의 서비스가 조정을 통해 사람중심으로 통합적으로 제공될 수 있도록 기관 간 그리고 제도 간 통합과 조정을 하는 것 그리고 사회적 입원 등 비효율적인 돌봄을 지양하고 대상자의 요구에 맞는 서비스를 비용 효과적으로 연속적이고 지속적으로 제공하는 것을 추진목적으로 하고 있다(MHW, 2019-b). 보건복지통합과 연계는 세계적인 추세로 세계보건기구는 1977년에 보건의료와 복지의 연계보고서를 발간한 바 있으며, 우리나라도 1995년에 5개 지역에서 보건복지사무소가 만들어져 통합 사업을 시도한 바 있으나(So & Hong, 2005) 이후 지속되지 못했다. 좀 더 강화된 지역사회 통합 돌봄(community care)은 사람중심의 통합적 서비스를 제공하는 케어 코디네이션(care coordination)을 더욱 강조하면서 이 역할이 이슈로 대두되었다(Im, 2018). 2019년 1월에 지역사회 통합 돌봄 시범사업이 공고된 후, 8개 선도사업과 8개 노인 예비형 선도 사업 등 총 16개 사업이 선정되어 사업을 수행하고 있는데 이때 읍면동 케어 안내창구가 서비스 제공의 게이트 역할을 담당하게 되었고, 읍면동 찾아가는 보건복지서비스에 사회복지사와 방문간호사가 함께 일을 하게 되었다(MHW, 2019-c). 이와 더불어 보건복지부는 지역사회기반 환자중심 의료체계를 강화하기 위한 전략으로 일차의료 만성질환관리 시범사업을 실시하고 있으며 이 역시 지역사회 통합 돌봄 사업 중 주요 사업에 속한다. 사업목적은 고혈압 및 당뇨병 발병 초기부터 동네 의원 중심의 지속적이고 포괄적인 관리체

계를 구축하고 치료를 통해 조절률을 높이고, 합병증 발생을 지연시키거나 예방하는 것이다. 이를 위해 근거 기반 진료지침에 따른 환자진료 및 관리를 확대하고 의사와 케어 코디네이터 간 팀 접근 활성화를 강화하기 위해 케어 코디네이터(care coordinator)를 제도화하였다(MHW & CDMDT, 2018).

지역사회간호사는 공공보건기관, 학교보건실, 산업장 건강관리실, 가정간호기관, 노인요양시설 등 의료기관 이외의 여러 기관에서 다양한 역할을 하고 있다. 이렇게 활동영역이 다양하고 실무 현장이나 지위에 따라 업무 내용도 달라 지역사회간호사의 역할을 이해하는 것은 단순하지 않다(Chin & Kim, 2016). 최근 보건의료 환경의 급격한 변화와 국가보건정책의 변화에 따라 지역사회간호 현장도 변화하면서 간호사 케어 코디네이터 역할에 대한 요구가 더욱 증가하고 있다(Yoon, 2018). 따라서 중요한 역할로 주목되고 있는 케어 코디네이터에 대해 정확하게 인지하고 있어야 핵심적 역할을 잘 수행할 수 있으며 그에 따른 성과를 도출해 낼 수 있을 것이다. 이에 본 연구에서는 첫째, 케어 코디네이션의 정의를 고찰하고 둘째, 간호사 코디네이터의 활동과 역할에 대해 정리한 후 지역사회간호현장에서 간호사 코디네이터의 역할정착과 확대를 위한 제안을 하고자 한다.

2. 연구 방법

본 연구는 문헌고찰과 분석을 통해 결과를 도출한 종설 연구이다. 자료수집 기간은 2019년 2월 1일부터 10월 10일까지이며, 검색단어를 케어 코디네이션, 케어 코디네이터, 간호사 케어 코디네이터로 하여 DBpia, RISS, KISS, Google scholar 등 국내외 데이터베이스와 보건복지부 등 정부 기관의 사이트를 검색하여 보고서, 저널, 기관의 게시물 등과 정부 및 학회발표 자료를 수집하였다. 자료는 한국어와 영어로 제한하여 선택하였다. 특히 미국 간호사협회가 발간한 Care Coordination: The game change (Lamb, 2014)와 Care Coordination : a blueprint for action for RN (Lamb & Newhouse, 2018)의 책을 참고하였다. 최종 수집된 자료를 검토하고 종합 및 분석하여 결과를 도출하였다.

II. 본 론

1. 케어 코디네이션의 정의

케어 코디네이션은 미국에서 건강관리의 질(quality)과 경제성(affordability)을 개선하기 위한 국가적 안건의 하나이다. 2015년 NQS (the National Quality Strategy)는 보건의료 제공자가 서로 조정하여 서비스를 제공하면 투약오류, 불필요하거나 반복적인 진단검사 및 응급실 방문, 예방 가능한 입원 및 재입원을 줄여서 치료의 질과 건강 결과를 향상하고 비용을 절감한다고 케어 코디네이션의 중요성에 대해 강조하였다(Lam & Newhouse, 2018에 인용됨). 이는 진단, 질병의 심각성 또는 사회적 상황과 무관하게 모든 환자가 서비스 제공자 및 장소에 관련된 정보를 공유하고 필요한 치료와 서비스가 시의적절하고 효과적인 방법으로 제공될 수 있도록 자신의 돌봄이 조정되기를 기대하는 것에 부응하는 개념이다(Lam, 2014).

케어 코디네이션의 정의는 다양하며 종종 “접착제”라고 표현한다. 이는 케어 코디네이션이 환자, 가족, 보건의료팀 구성원 간에 진행되는 과정으로 모든 사람과 모든 서비스가 동일 목표를 향해 조정되고 수행될 수 있도록 보장하기 때문이다. 가장 일반적인 정의는 Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ)와 National Quality Forum (NQF)에 의한 정의이다. 문헌고찰을 통해 40개 이상의 정의에서 공통적인 요소를 정리한 AHRQ는 케어 코디네이션이란 건강관리서비스의 적절한 제공을 촉진하기 위해 환자 돌봄과 관련된 두 명 이상의 관계자(환자 포함) 간의 환자 돌봄 활동의 의도적 조직(deliberate organization)이라고 정의하였다. 이것은 필요한 모든 환자 돌봄 활동을 수행하는 데 필요한 인적 및 기타 자원의 배정을 포함하며 여러 측면의 돌봄 관계자 간의 정보교환을 통해 관리된다고 하였다(McDonald, et al., 2014). 한편 NQF에 의하면 케어 코디네이션은 건강관리 및 지역사회 서비스에 대한 돌봄 수혜자와 가족의 요구 및 선호가 시간이 지남에 따라 충족되도록 하여 건강 결과를 향상하기 위한 활동과 정보의 의도적인 동기화(deliberate synchronization)라고 정의하였다(MacDonald et al., 2014).

이 두 정의의 공통점은 케어 코디네이션은 환자의 요구와 선호를 충족시키기 위해 환자, 제공자 그리고 건강관리장소 간의 교차지점에서 활동이 일어나고 적절한 사람과 자원의 동원 및 의사소통을 포함한 상호적 활동에 의존한다는 것이다. Lam과 Newhouse (2018)는 케어 코디네이션을 통해 환자와 가족이 필요로 하는 치료와 서비스를 적시에 제공할 수 있도록 시스템의 여러 부분을 결합해야 한다고 하였다. 이를 위한 전략으로 돌봄의 공백을 예측하여 이를 예방하도록 설계할 것, 환자·제공자·보험회사 간에 중요한 정보를 공유할 것 그리고 원하는 건강, 질 및 비용을 달성하기 위해 서비스를 조율할 것을 제시하였다. 요약하면 케어 코디네이션은 환자들의 요구와 선호를 충족시키기 위한 적절한 서비스 제공을 시의적절하고 효과적으로 제공할 수 있도록, 돌봄과 관련된 관계자들 간에 인적 및 기타 자원에 대한 정보를 공유하고 의사소통하면서 돌봄 활동의 의도적으로 조직하고 통합하는 것이고 정리할 수 있다.

케어 코디네이션을 이해하려면 사례관리와 전환기 돌봄과의 관계를 이해할 필요가 있다. 사례관리(case management)는 보다 중하거나 광범위한 케어 코디네이션의 수행을 의미하는 것으로 신체, 정서 및 사회적 건강요구가 복합적으로 있어 중대한 부정적 결과와 고비용의 치료가 필요한 개인에게 적합한 것이다. 전환기 돌봄(transitional care)은 케어 코디네이션의 한 요소로 여러 장소와 연관된 과정과 결부된 중요한 부분이다. 즉 케어 코디네이션은 전환기 돌봄과 사례관리를 포함하는 포괄적 개념이다(Lam, 2014).

케어 코디네이션 및 사례관리 중재는 일반적으로 전환기 돌봄(transitional care)과 조정된 돌봄(coordinated care), 두 범주로 분류되는데 공통적인 요소가 있으나 중재가 시작되는 시기와 장소, 직원 배치방법 및 지속 기간에서 차이가 있다(Lam, 2014). 먼저 전환기의 예로는 병원에서 병동 간 전환과 퇴원이 있는데 이때 간호사의 환자 모니터링 활동과 병원 퇴원 후 환자와 가족을 준비시키는 표준화된 퇴원계획 활동이 포함된다. 퇴원계획에는 자기간호, 부모교육, 약물 검토, 케어플랜 변경과 가정환경에서 필요한 돌봄 자원 등이 포함되며, 홈 케어에서 케어 코디네이션 활동은 다른 돌봄 제공자 및 지역사회 자원과의 의사소통과 약속을 원활하게 하도록 돕는 것을 포함한다. 전환기 돌봄 모델은 다양하

게 나타나고 있지만, 입원 중인 만성질환 환자들을 표적 집단으로 하여 순조롭게 퇴원할 수 있도록 관리하는 것, 특히 퇴원 후 1주~12주간 환자를 집중적으로 추적 관리하는 것, 환자의 약물복용, 자기관리, 증상 인식 및 관리에 대한 교육·코치가 주된 서비스 내용인 것 그리고 환자에게 일차관리제공자와의 예약을 상기시켜 관리가 계속되도록 지지하는 것이 공통점이다(Lam, 2014).

두 번째 범주인 조정된 돌봄, 즉 포괄적인 케어 코디네이션(comprehensive care coordination)의 공통적인 요소와 강조점은 다음과 같다(Lam, 2014).

- 입원 위험성이 높은 환자를 확인하고, 치료 및 자기 간호 섭생에 대한 지식과 이행수준을 향상 시킨다.
- 환자의 일차 주치의와 전문가 간 그리고 제공자와 환자 간 의사소통과 조정을 향상한다.
- 환자 돌봄이 증거기반 지침서와 일치되지 않은 영역을 확인하고 이를 교정하기 위해 제공자와 협력한다.
- 현장방문 시 환자의 안녕, 증상 및 순응도를 모니터링한다.
- 환자에게 제공자를 언제 볼 것인지 조언한다.
- 환자의 주치의에게 건강상태 변화를 알린다.

2. 간호사 케어 코디네이터 활동

IOM (2010)의 '간호의 미래' 보고서에 의하면 케어 코디네이션은 초기부터 간호 실무의 일부분으로 매일 매 순간, 팀 구성원과 협력하는 것은 간호사들의 일상 업무의 일부였으며, 돌봄을 조정하는 것은 지역사회 또는 급성기 간호환경에서 간호전문직의 전통적 강점 중 하나라고 하면서 간호와 케어 코디네이션의 밀접한 관계를 강조하였다. 보건의료시스템과 국가 보건정책의 우선순위 변화로 케어 코디네이션에 대한 추진력과 배경이 변화했지만, 적시에 환자의 요구와 선호도를 반영하고, 효과적인 의사소통과 케어 플래닝을 강조하는 것에는 변함이 없다(Lamb, 2014). 최근 케어 코디네이션이 다시 강조되고 있으므로, 케어 코디네이션의 정의에 기초한 간호사 케어 코디네이터 활동내용을 확인하고 관련 역량을 강화하여 간호사의 활동 영역을 확고하게 확대하는 것은 의미가 있다.

케어 코디네이터 활동은 케어 코디네이션의 핵심적 구성요소를 확인하여 수행한다면 효과적으로 이루어질

것이다. 이에 문헌을 통해 케어 코디네이션의 핵심 요소들을 확인하였다. AHRQ (2012)는 케어 코디네이션의 핵심 요소로 베이스라인의 포괄적인 요구사정, 정기적인 요구사정, 개별적인 케어플랜 개발, 정기적인 케어플랜의 갱신, 의료팀·가정 및 지역사회기반 서비스 및 지원체제에의 접근 촉진, 정기적인 모니터링과 의사소통을 제시하였다. Lamb (2014)은 오랫동안 다양한 지역에서 수행되어온 Medicare Coordinated Care Demonstration (MCCD) 시범사업의 과정 및 성과 연구 등을 분석하여 핵심적 요소를 다음과 같이 제시하였다.

- ① 임상사정: 표준화되고 포괄적인 초기 사정
- ② 근거기반 가이드라인과 프로토콜: CHF, CAD, COPD, 노인 건강문제(낙상, 실금, 우울 등)
- ③ 케어 플래닝(care planning) : 자기관리 전략, 서비스/제공자 조정, 증상변화 보고, 투약, 자기관리 활동 등
- ④ 환자 및 가족 모니터링
- ⑤ 케어플랜 평가
- ⑥ 강조점: 전환기 돌봄, 자기관리 기술 및 행동, 투약 관리, 의사 및 타 건강/지역사회서비스 제공자와의 협동

Lee, Lee, Lee와 Bae (2018)는 표준화, feedback 체계, 환자 지지, 삶의 질 모니터링, 과학적 근거에 기초한 정확한 정보제공, 지속적·통합적 교육시스템 개발, 환자·가족 대상 장단기 교육제공을 케어 코디네이션의 구성요소로 제시하였다. Nutt와 Hungerford (2010)는 호주에서 간호사 케어 코디네이터의 역할에 대한 문헌 고찰을 통해 돌봄의 연속성과 치료적 관계가 역할의 중심축이라고 하면서, 전문 간호사(advanced practice nurse)가 환자와 직접 접촉하여 치료 또는 케어플랜을 개발하고, 관련된 모든 이해 당사자들과 의사소통하는 등 전반적인 돌봄 과정을 관리하여 환자와 중요한 타인들의 구체적인 요구들을 충족시키기는 돌봄과 치료제공을 해야 한다고 하였다.

핵심 요소들을 비교하면 AHQR (2012)는 과정을 강조하여 기본선으로 포괄적 사정, 케어플랜 개발, 모니터링과 의사소통 모두 정기적으로 업데이트하고 지속할 것을 강조하였다. 호주 사례는 전문 간호사 중심의 돌봄의 연속성과 치료적 서비스를 강조하였으나, Lee 등

(2018)은 기준선으로 포괄적 사정과 케어 플래닝 활동, 의사소통 등 팀 접근을 포함하지 않았다는 차이점이 있었다.

Lamb (2014)이 케어 코디네이션의 핵심 요소를 고려하여 제시한 효과적인 케어 코디네이터 활동을 기반으로 종합적인 고찰을 통해 본 연구자는 케어 코디네이터 활동을 12가지로 정리하였다(Central Australian Aboriginal Congress, 2019; Lee, et al., 2018; Nutt & Hungerford, 2010; Rogenberg, 2012, 표 1 참고)

- ① 근거기반의 지침 준수: 정부 또는 자체적으로 개발한 근거기반의 지침을 준수하며 매년 개정한다.
- ② 포괄적 사정: 환자가 직면한 신체 및 사회적 요구와 문제를 포괄적으로 사정한다. 간호사는 환자와 가족을 가능한 가정에서 만나 상호작용하면서 복합적 만성질환이나 지원시스템 또는 자원부족 등이 초래하는 문제나 요구들을 사정 및 평가해야 한다.
- ③ 구체적인 행동계획 및 목표를 포함한 케어플랜 설정, 환자교육, 약물 모니터링 및 관리, 진단검사와 후속 조치, 의뢰와 관련된 수많은 제공자와의 활동을 포함한 실질적 계획을 수립한다.
- ④ 케어플랜 수행, 모니터링 및 평가: 환자 및 가족과 대면 또는 비대면으로 접촉할 때마다 환자의 상태, 즉 증상, 순응도 등을 모니터링하고 평가하여 이를 케어플랜에 반영하여 목표가 달성될 수 있도록 한다. 환자 접촉방법으로 가정방문, 전화 상담, 의사 사무실에서 사정 등을 활용하는데 평가결과 사무실에서의 대면이나 전화보다 가정방문이 더 의미 있는 것으로 분석되었다.
- ⑤ 자기관리를 위한 교육·코칭: 환자가 자신의 상태를 적절히 관리할 수 있는 자기관리기술과 자기조절역량을 개발할 수 있도록 교육과 코칭을 한다. 내용에는 환자와 가족에게 약물관리, 증상을 인식하는 방법, 적절한 도움을 받으려면 언제 어디로 가야 하는지, 낙상 및 감염 예방 등 환자안전과 관련된 주제 그리고 치료와 관련하여 발생할 수 있는 감염 등이 포함된다. 환자가 독립적으로 자기 건강관리 활동을 할 수 있는 의지와 능력을 향상하는 것이 중요하므로 환자의 선호와 질병 단계에 맞는 내용과 함께 행동 변화이론, 성인교육의 원칙과 학습기법, 동기면

담 기법을 사용하면 좋다. 환자 참여와 자기관리는 사회 환경적 요인인 주거불량, 음식, 교통, 건강 문해력, 감각장애(안경, 보청기 부족) 등에 의해 저해되기도 하며, 독거 등 사회적 지지가 부족한 경우 자기관리에 장애요인이 되므로 이러한 요인들을 고려해야 한다.

- ⑥ 전환기 돌봄 : 환자와 그 가족이 한 장소에서 다른 곳으로 이동할 때, 특히 병원 및 숙련된 간호 시설에서 장소변경을 할 때, 한 제공자에서 다른 제공자로 이동할 때 돌봄과 정보가 분절되고 조직화되지 않아 환자에게 취약한 시기이다. 중요한 정보가 전달되지 않거나 필요한 자원을 갖지 못해 공백이 발생하면 치유 과정에서 핵심적인 요소를 잃어 자신을 돌볼 수 없게 되고 예방 가능한 부작용과 환자의 부정적 경험이 발생 될 수 있다.
- ⑦ 적극적인 의사소통: 간호사는 기관 내·외에서 그리고 전환과정에서 다른 제공자들과 함께 일하게 되어 신뢰감이 형성될 기회가 생긴다. 임상 의사와 실시간 의사소통 증가로 인해 요약정보가 아닌 환자 세부정보가 교환되어 재입원이 감소될 수 있었다. 이는 특히 병원에서 퇴원하여 지역사회로 진입할 때 효과가 좋은 것으로 보고되었다. 간호사는 일반적으로 대면, 전화, 페이지, 이 메일, 텔레 헬스(tele-health), 건강기록 등 여러 부문에서 정보교환의 중심에 있기에 간호사 케어코디네이터가 의사소통의 허브가 된다. 이외에도 환자 및 보호자와의 효과적인 의사소통도 필요하다.
- ⑧ 팀워크: 케어 코디네이션이 효과적으로 이루어지려면 팀 구성원인 간호사, 의사 그리고 관련 전문가 및 보조 건강관리제공자들이 서로 의사소통하고 함께 하는 팀워크가 매우 중요하다.
- ⑨ 지역사회기반 지원 서비스 조정: 지역사회기반에서 활용할 수 있는 공공 및 민간의 건강관련 및 사회복지 서비스 제공자, 기관 및 자원을 잘 알아두는 것이 필요하며 시시각각 환자와 가족의 요구에 따른 조정이 필요하다.
- ⑩ 인구집단의 건강관리 : 케어 코디네이션이 효과적으로 이루어지기 위해서는 개별 환자의 건강을 돌보는 한 의료기관의 개별의료인 관리로부터, 환자집단을 규명하여 건강을 관리하는 건강관리팀에 초점을 맞

추는 변화가 필요하다. 즉 환자집단을 확인하여 관련 절차를 최소화하면서 광범위한 개입을 통해 그들의 건강을 가능한 유지할 수 있도록 접근하는 것이 인구집단 건강관리의 목표이다. 앞으로 인구집단, 즉 환자 인구집단을 규명하여 위험을 계층화하고 환자 관리에 환자를 직접 참여시키며 인구집단 수준에서 건강 결과를 측정해야 한다.

- ⑪ 정보기술: 정보의 공백을 메우고 의사소통을 촉진하여 케어 코디네이션을 지원해야 하므로 안전한 전자 메시지 시스템과 환자 정보 및 교육을 위해 환자 중심의 웹 사이트 기반이 구축되어 적극 활용되어야 한다.
- ⑫ 프로그램의 결과측정: 프로그램의 결과평가는 환자 및 가족의 경험과 만족도를 포함하여 표준화된 성과 측정을 통합하여 측정한다. 프로그램 평가의 내용으로는 중재 구조와 수행, 질 관련 과정, 건강관리 활용 및 비용 측정 영역으로 구분할 수 있다.

상기에서 정리한 간호사 케어 코디네이터의 주 활동 12가지 이외에 Central Australian Aboriginal Congress (2019)는 간호사 케어 코디네이터는 필요하면 가정이나 입소기관 등을 방문하여 서비스를 제공한다고 했다.

3. 간호사 케어 코디네이터의 역할

케어 코디네이션은 환자들의 요구와 선호를 충족시키기 위한 적절한 서비스를 시의적절하고 효과적으로 제공할 수 있도록, 돌봄 관련자 간에 인적 및 기타 자원에 대한 정보를 공유하고 의사소통하면서 돌봄 활동을 의도적으로 조직하고 통합하는 것이라고 정의할 수 있으며, 간호사가 역사적으로 이 역할을 주로 해왔음을 확인하였다. 역할이란 자기가 마땅히 하여야 할 맡은 바 직책이나 임무로 정의된다(National Institute of Korean Language, 2019). 간호사 케어 코디네이터 역할은 정의에 근거할 때 돌봄의 조직자와 통합자로 크게 볼 수 있지만, 포괄적 사정 및 위험평가, 케어플랜 수립, 제공자 간-장소 간 의사소통, 모니터링 등 체계적인 일련의 활동이 연속적으로 잘 이루어져야 하므로 간호사의 역할도 이러한 중재 과정 속에서 구분될 수 있다(Lamb, 2014).

먼저 Lamb (2014)이 MCCD의 케어 코디네이션 모델 분석에 기초하여 정리한 역할은 다음과 같다.

- ① 다분야 일차의료팀 내에서 협동적 관계를 개발하고 유지한다.
- ② 환자의 목표, 강점 그리고 요구에 따라 팀 구성원과 협력하여 환자 및 돌봄 제공자의 개별 맞춤형 케어 플랜을 수립한다.
- ③ 환자 및 돌봄 제공자와 함께 목표를 설정하고 적절하고 안전한 돌봄을 우선시한다.
- ④ 환자와 돌봄 제공자에게 건강상태, 약물, 위험 상황, 그리고 자기관리에 대해 성인학습개념과 원칙을 사용하여 교육하고 지도한다.
- ⑤ 다른 건강 및 지역사회 제공자가 제공한 돌봄을 조정하고 평가한다.
- ⑥ 케어플랜을 평가하고 조정한다.
- ⑦ 환자의 건강상태 변화에 대해 팀 구성원 및 타 건강 및 지역사회 제공자에게 수시 보고한다.
- ⑧ 전환기 돌봄 중 서비스 제공자와 그리고 환자 및 돌봄 제공자 간의 의사소통을 촉진한다.

한편 북시드니 일차 및 지역사회건강조직(Primary and Community Health) 간호서비스 분과의 하부조직에 있는 Chronic and complex care coordinator (Northern Sydney Local Health district, 2019)는 지역사회 거주 중증 만성질환을 앓고 있고 건강악화 위험으로 삶의 질 저하와 병원에 입원해야 할 정도의 복잡한 의료 서비스가 필요한 사람을 대상으로 전문가적 임상평가와 보건의료 및 지역사회서비스 의뢰 및 조정역할을 한다고 했다. Nutt와 Hungerford (2010)는 전문간호사인 케어 코디네이터의 역할을 다음과 같이 제시하였다.

- ① 포괄적인 직접 케어: 환자의 지속적 평가와 적절한 서비스 제공, 팀 협력, 전환계획 수립
- ② 시스템 지원: 환자 지지, 관련 시스템 연계, 다분야 참여 조정
- ③ 전문적인 리더십: 보건의료 시스템 내 리더십 발휘, 대중의 참여와 인식증진을 위한 대외활동
- ④ 교육: 환자 대상, 의료팀 대상, 관련 학생 대상, 지역사회대상 전문 지식 교육
- ⑤ 연구: 관련 정책이나 지침의 미비점을 발견하고 개선, 관련 연구에 적극 참여

Lee 등(2018)은 일차의료 만성질환관리에서 케어 코디네이터는 환자 대 의료진, 의료진 대 의료진 사이에 있어서 원활한 조정 및 관리역할을 함으로써 환자와 가족, 환자와 다른 전문직 간의 의사소통 및 관계의 조정역할을 수행하는 전문직을 의미한다고 하였다. 또한 케어 코디네이터는 만성질환 관리 및 치료과정에 대한 정확한 정보제공, 언제든지 이용 가능한 의료진과의 상담 및 지지체계 구축을 통하여 치료에 대한 불확실성과 불안을 경감시키는 역할을 하며, 내원하는 만성질환자에 대하여 가정에서의 자기관리와 정기적인 추후관리를 위해 병원과 지역사회를 연계하는 역할을 한다고 정의하여 의료진 간의 코디네이션을 중시하였다.

이상에서 제시한 간호사 케어 코디네이터 역할을 비교해 보면 Lamb (2014)은 중재 전 과정을 고려하여 포괄적이고 체계적인 역할을 제시하였고, 호주 사례는 전문가적 임상평가와 직접서비스, 전문적 리더십 역할을 강조한 반면, Lee 등(2018)은 만성질환 관리를 위한 의원 내 업무 중심의 역할을 제시하고 있어 미국과 호주에서 제시한 역할에 비해 제한적이다.

본 연구자는 이상의 문헌고찰을 통해 간호사 케어 코디네이터의 구체적 역할을 다음과 같이 정리하였다.

- ① 협력자 : 케어 코디네이션이 효과적으로 이루어지면 팀 구성원인 간호사, 의사 그리고 관련 전문가 및 보조 건강관리제공자들이 서로 의사소통하고 함께 하는 팀워크가 매우 중요하다. 간호사는 일차보건의료팀의 구성원으로 다분야 보건일차 의료팀 및 지역사회서비스 기관과 협동 관계를 개발하고 유지하기 위해 협력해야 한다. 협력과정에서 서비스 제공자, 환자 및 돌봄 제공자 간의 의사소통이 원활해야 하며 간호사는 환자 건강상태 변화에 대해 팀 구성원, 보건의료 및 지역사회서비스제공자에게 수시 보고를 해야 한다. 팀 구성원은 각자의 역할을 명료히 인식하고 공동목표 달성을 위해 노력해야 한다.
- ② 맞춤형 케어 플래너 : 포괄적인 사정을 통해 환자의 요구, 강점에 근거한 개별 케어플랜을 수립하고, 정기적인 요구사정 후 케어플랜을 업데이트 한다.
 - 팀의 구성원, 환자 및 돌봄 제공자와 함께 케어플랜을 수립하고 목표를 설정한다.
 - 적절하고 안전한 돌봄을 우선적으로 작성한다.
 - 전환기는 특히 환자가 여러 측면에서 공백이 발생

하여 취약한 시기이므로 특별한 관리가 요구된다.

- 제공된 케어를 조정하고 평가한다.
 - 대상자와 보호자의 요구를 반영하기 위해 보건의료 및 지역사회 기관 등 다양한 자원들을 조직한다.
 - 환자의 자율성, 의사결정권, 존엄성을 중시하며 비밀을 보장한다.
- ③ 교육 및 상담자 : 근거 중심의 내용과 방법을 활용한다. 환자와 돌봄 제공자에게 건강상태, 약물관리, 자기관리 기술과 안전 등의 내용을 포함하여 환자의 자기 간호역량과 자기 간호행위를 향상시킨다.
 - ④ 직접간호제공자 : 고혈압 및 혈당측정, 채혈, 필요 시 상처간호 및 욕창간호 등 필요한 직접 서비스를 근거중심으로 제공한다.
 - ⑤ 인구집단 건강관리자 : 향후 케어 코디네이터는 개별 환자만 고려할 것이 아니라 인구집단을 겨냥해서 나아가야 한다. 지역사회에서 고위험군, 복합질환이나 특정 환자집단을 확인하고 이를 관리하는 건강관리팀을 구성하고 질차를 최소화하면서 환자를 참여시키는 체계적인 개입을 하여 인구집단의 건강결과를 향상시키는 역할을 추구해야 한다.
 - ⑥ 프로그램의 평가자 : 프로그램의 투입, 과정 및 결과를 평가하는 평가자 역할이 요구된다.

4. 지역사회 실무에서 간호사 케어 코디네이터의 역할정착과 확대를 위한 제언

지역사회 실무에서 간호사 케어 코디네이터의 역할 정착과 확대를 위한 제언은 간호사 케어 코디네이터가 가시화된 현 상황을 검토하면서 제시하고자 한다. 우리나라는 초 고령화 시대를 앞두고 지역사회 통합 돌봄 사업을 시작하였다. 이것은 하나의 사업이 아니라 국가 시스템의 변화를 가져와야 하는 패러다임의 변화라고 할 수 있으며 이의 핵심은 각 부서, 사업 제공자, 국민 간의 협동이라고 할 수 있다(Lee, 2019). 지역사회 통합 돌봄 사업이 성공하기 위해서는 재가 중심의 서비스가 정착되어야 하므로 방문형 간호서비스와 재택의료 외에 일차의료 만성질환관리 시범사업 그리고 분절된 서비스를 연결하는 읍면동의 케어 안내창구와 찾아가는 보건복지서비스가 모두 중요하게 대두되고 있고, 이 사업들에서 간호사 케어 코디네이터 역할이 강조되고 있다.

Table 1. Care Coordination Practice/Activities

Practice/Activity	Description
Evidence-based guidelines	<ul style="list-style-type: none"> • Medical care, nursing care, patient/family education, and self-management. • Chronic conditions: CHF, diabetes, COPD, CAD. • Self-care activities: glucose checks, daily weights, blood pressure logs, exercise, proper nutrition, etc. • Syndromes: falls, hydration, incontinence, sleep, substance use. • Health promotion activities: immunizations, mammograms
Comprehensive assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Initial face-to-face meeting in the home, office, or hospital. • Domains: demographics, medical history, cognition, psycho social (nutrition, sleep, substance use), functional status (medication management, self-care), environmental, safety, care-giver.
Care plan development	<ul style="list-style-type: none"> • Patient centered and patient directed (mutual goals and action plans). • Identification of red flags that signal worsening condition. • Proactive monitoring at predetermined intervals or in anticipation of change in health status. • Patient education/education to increase self-management skills. • Medication management (reconciliation with care transitions, pharmacist review, affordability issues, between multiple provider visits). • Identify and address gaps and barriers to care.
Care plan implementation, monitoring, and evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Frequency of contacts determined at predetermined intervals for further assessment, teaching/coaching and monitoring of self-management activities, and evaluating effectiveness of care plan. • Monitoring schedule based on patient's chronic illnesses, recommendations from guidelines, self-management activities, current medications, service utilization history, and patient/care giver preference. • Patient/care giver contact care manager with any change in health status. • Referrals can be made to address patient/care-giver needs and evaluate effectiveness of services.
Teaching/coaching for self-management	<ul style="list-style-type: none"> • Assess patient/care givers: current level of self-care ability, health literacy, readiness to change, problem-solving abilities. • Teach/coach on needed strategies and activities: information on community-based education/support groups, written material based on guidelines, life-style modification to improve control of conditions, health promotion/maintenance needs. • End-of-life teaching to include advance directives. • Assess medications at each contact (recent changes, perceived effectiveness, adverse reactions, adherence, difficulty obtaining or affording). • Consult with pharmacist to discuss possible problems and address barriers to adherence. • Provide education on the purpose of the medication(s), expected therapeutic effects, side effects to monitor for, and report to appropriate provider.
Transitional care	<ul style="list-style-type: none"> • Occurs any time the patient moves across the continuum of care: home to hospital, hospital to nursing facility, back to hospital or discharge home. • Frequently accompanied by changes in status, medication, or self-management needs. • Care managers follow patients across the continuum of care and continue to provide education, medication reconciliation, communication between providers, coaching on self-management needs, home and community assessments, and coordination of referrals as needed. • Care managers contact discharge planners and other service providers to identify discharge and service needs. • Patients are visited soon after admission or within first few days after discharge.

Table 1. Care Coordination Practice/Activities (Continued)

Practice/Activity	Description
Communication	<ul style="list-style-type: none"> Active communication with service providers, paying attention to the patient and his health condition. Communicate with patients and care-giver.
Team work	<ul style="list-style-type: none"> Effective communication and teamwork between team members, nurses, doctors, and related professionals and assistive health care providers.
Coordinating community-based services	<ul style="list-style-type: none"> Familiarity with public and private health-related and social care providers, agencies, and resources available on a community basis, and to be adjusted on a case-by-case basis.
Population health management	<ul style="list-style-type: none"> Identify patient populations to stratify risk, engage patients in patient management, and measure health outcomes at the population level.
Information technology	<ul style="list-style-type: none"> Supports care coordination by bridging gaps and enhancing communication: <ul style="list-style-type: none"> Secure electronic messaging system Alerts about test results Notification of reviews from other team members Access to medical records Notification of inpatient or ED admission Generate reminders for contacts, testing, health promotion needs, follow-up with PCP or specialty providers Ensure updated medication lists are available to all team members Patient-focused websites that provide patient information
Program evaluation	<ul style="list-style-type: none"> Intervention structure and implementation: <ul style="list-style-type: none"> Adherence to and implementation of guidelines and protocols Decreased medication management issues Improved self-management skills Increased use of health prevention services Quality related processes: <ul style="list-style-type: none"> Improved patient quality of life Patient and provider satisfaction Healthcare utilization and cost measures: <ul style="list-style-type: none"> Prevention of avoidable hospitalizations and re-hospitalizations Decreased hospital days

Note: This table is based on “Care coordination: the game changer” by Lam (2014). P. 65-66

먼저 일차의료 만성질환관리 시범사업은 동네 의원 중심으로 환자관리의 일관성과 연속성을 높이고, 케어 코디네이터를 제도화하여 환자중심으로 질환 및 건강문제를 포괄적으로 관리하고자 시작되었다(MHW & CDMDT, 2018). 서비스는 등록대상자에 대해 의사가 1년 단위의 케어플랜을 수립하고, 의사 또는 케어 코디네이터가 환자관리를 한 후 최종 의사가 점검 및 평가를 한다. 케어 코디네이터 운영은 케어 코디네이터를 고용하거나 의사가 직접 하는데, 고용되는 케어 코디네이터는 간호사, 영양사 면허증 소지자이며 간호사를 우선 고용하도록 하였다. 코디네이터 업무지침(2019)에 제시된 역할은, 첫째, 케어 매니지먼트(care management)

로서 만성질환 관리를 위한 조력자 역할, 둘째, 팀 모듈레이션(team modulation)으로서 팀 기반진료를 위한 조정자 역할, 셋째는 케어 코디네이션(care coordination)으로 통합적인 환자관리를 위한 연계자로서의 역할을 명시하였다(MHW & CDMDT, 2019). 현재 케어 코디네이터 역할은 등록환자를 대상으로 환자관리, 교육 상담 및 연계/의뢰를 하는 것이나, 주된 업무내용은 의원 내원 전, 내원 시 및 내원 후 활동 등 의사의 진료를 원활하게 돕는 조력자 역할에 주력하고 있으며, 질환을 제외한 생활습관 상담 및 교육과 모니터링이 간호사 업무로 명시되어 있다. 케어 코디네이터의 중요 역할인 포괄적 사정 및 케어 플래너 역할은 빠져있고 의사만

질환교육과 상담을 하며, 지역사회 자원연계도 제한적으로 제시되어 있다. 2단계 계획안에는 대상군이 확대되고 급성질환 퇴원 후 전환기 진료를 위한 병원 간 진료연계 및 의뢰관리가 언급되어 있을 뿐이고, 3단계에서도 일차의료팀 기반 진료제도정착, 케어 코디네이터의 인력확장 및 다양화, 다 학제적 의료팀 도입 및 활용을 제시하였으나 간호사 코디네이터의 역할 확대에 대한 언급이 없어 여전히 의사의 조력자 역할에 초점을 두었음을 확인할 수 있었다. 이처럼 이 사업에서 간호사 코디네이터 역할은 제한되어 포괄적 사정, 케어플랜 작성, 돌봄의 조직·통합, 인구집단 케어코디네이션 및 프로그램 평가 등의 핵심적 역할이 부재하므로 앞으로 점차 이러한 역할을 확대해 나갈 수 있도록 간호사의 역량 개발과 함께 보건정책결정자들에게 의견반영 등 여러 측면의 준비가 필요하다.

다음으로 주민자치형 공공서비스의 하나로 2019년부터 읍면동 찾아가는 보건복지서비스에 방문간호사를 한 명씩 배치하고 있는데 그 방문간호사가 케어 코디네이터 역할을 할 것이라 예상된다. 읍면동 케어안내 창구에서는 지역사회 돌봄이 필요한 대상자에 대한 종합적 안내 및 서비스를 연계하는 게이트웨이 기능을 하도록 하였다. 2019년 주민자치형 공공서비스 구축사업의 보건·복지 분야 매뉴얼 : 찾아가는 보건복지서비스에 제시된 간호사의 역할은 건강육구를 가진 대상가구 방문 상담 및 관리, 팀 업무, 역량 강화 및 기타로 제시되었다(Ministry of the Interior and Safety & MHW, 2019). 기본업무로 가정방문을 제시하였으나 관리대상 및 우선순위, 서비스 내용 등을 지역사회단체의 재량에 일부분 위임하여 세부사항은 부족하다. 방문간호사가 게이트웨이 역할을 하려면 돌봄이 필요한 주민들(예, 65세 이상 독거노인, 75세 부부세대, 중증장애인, 정신질환자 등)을 대상으로 1차 포괄사정을 하여 보건의료 요구수준을 분류한 후 필요한 교육·상담을 하고 이들의 요구를 충족시켜줄 수 있는 자원과 연계 및 조정하는 역할을 해야 한다. 병원 퇴원 및 시설 퇴소자 등 전환기 돌봄이 필요한 주민들에게는 전환과정에서 공백으로 인한 피해를 받지 않도록 적절한 조정과 서비스를 제공해야 하며, 건강상태가 심각하고 복잡한 대상자에게는 사례관리자를 지정하여 지속적인 관리를 받도록 해야 할 것이다. 즉 읍면동 간호사는 직접간호제공

에 주력하기보다 우선적으로 요구충족을 위해 자원을 통합하고 조직하여 배정하는 돌봄의 조정자 역할이 주가 되어야 할 것이다. 읍면동 찾아가는 보건복지서비스의 방문간호사 배치와 맞물려 보건소 방문건강관리 사업도 보건소에서 계속 운영할 것인지 또는 주민과의 접근성을 고려하여 읍면동 단위의 보건지소/건강생활지원센터로 사업을 이전하여 읍면동 찾아가는 보건복지서비스의 방문간호사와 연계할 것인지에 따라 방문간호사의 역할이 구분될 수 있다고 사료된다. 즉 위중한 대상자 중심의 사례관리자 역할, 전환기 돌봄자 역할, 그리고 돌봄의 조정자 역할을 함께 하거나 또는 분담하여 서비스를 제공할 수 있다.

덴마크 코펜하겐의 경우에는 지방정부(municipality) 산하 비지태이션 센터(visitation)에 방문간호가 통합되어 Visiting Nurse (1차 포괄사정 및 케어플랜)와 Home Care Nurse (사례관리)가 역할을 나누어 서비스를 제공하고 있다(Lee, Sa, & Han, 2019). 영국은 Primary Care Trust에 방문간호센터가 있고 교육적 배경과 임상 실무경력에 따라 Nurse Health Visitor와 District Nurse (DN)가 구분된 역할을 하고 있다. DN은 NMC (Nursing and Midwifery Council)에서 인정하는 지역간호전문가 실무자 자격을 갖춘 대학원 수준의 교육을 받은 간호사이다. 이들은 임상평가 기술, 케어 조정, 자율적 의사결정, 전문적 임상술, 인구 건강, 리더십과 팀 관리 등에 대한 교육을 받는다(Department of Health, 2018). 이러한 사례들을 참고하여 우리나라도 공공분야, 지방자치제도하의 보건소 방문건강관리사업과 읍면동 찾아가는 보건·복지서비스의 방문간호 사업을 별도 운영하기보다는 한 조직(주민의 접근성을 높이기 위해 읍면동 단위의 보건지소, 건강생활지원센터 등 공공보건의료체계)에서 통합하여 일차 포괄사정에 따른 케어플랜 작성 후 필요 자원에 의뢰·연계하고 교육·상담을 하는 돌봄의 조정역할을 주로 하는 방문간호사와 고위험 대상자에게 사례관리역할을 담당하는 방문간호사로 역할을 구분하여 서비스를 제공하면 체계적이고 효과적인 접근이 될 것이라 사료된다.

최근 IOM 보고서(2010)에 따르면 간호사는 일차의료팀의 일원으로서 잠재력을 실현하고 다양한 환자의 갈수록 복잡해지는 돌봄을 조정하기 위해서 전 범위의

교육 및 훈련을 해야 한다고 하였다. 또한 현재 케어 코디네이션에 필요한 임상실습 및 팀 관리기술에 대해 충분한 교육과 경험을 갖춘 간호사가 부족한 실정이므로 복잡한 건강상태를 관리하고 여러 보건전문가와 함께 케어 코디네이션을 하려면 심화된 교육과 훈련이 필요하다고 하였다. 이와 관련하여 체계적 사고, 질 향상, 사례관리, 건강 정책 및 연구에 대한 새로운 역량을 획득해야 한다. 구체적으로 포괄 사정과 케어 플래닝, 치료적 의사소통술, 관계구축, 효과적인 다 분야 팀의 관계 형성, 갈등관리, 집단역동 등 다양한 의사소통기술에 대한 지식과 기술, 교육과 코칭, 상담, 그리고 환자에게 적용될 수 있는 다양한 보험과 지역사회자원에 대한 지식과 기술이 필요하다. 더 나아가 인구집단 케어 코디네이션을 위해 환자집단의 규명, 돌봄의 공백부분 확인, 위험의 계층화, 자기간호 참여촉진 및 건강결과 측정을 인구집단 수준에서 할 수 있는 지식과 기술이 필요하다 (Lamb, 2014). Haas, Swan과 Haynes (2013)는 외래진료에서 수행된 RN-Care Coordination Transition Management Logic Model에서 RN 케어 코디네이션과 전환기 관리를 위한 간호의 9가지 역량 즉, 자기관리지원, 환자-가족의 교육과 참여, 기관 간 의사소통 및 전환(transition), 환자-가족의 코칭 및 상담, 간호과정 적용, 인구집단관리, 팀워크와 협동, 환자중심 케어 플랜, 옹호를 제시하였다. 현재 활동을 시작한 간호사 케어 코디네이터가 잘 정착하도록 하려면 수행에 필요한 역량을 키워 나가야 할 것이다. 장기적으로는 임상 교육 중심으로 되어있는 대학의 간호교육도 지역사회 기반의 간호교육으로 조정할 필요가 있다.

현재 지역사회간호현장에서 간호사 케어 코디네이터가 가시화된 영역은 몇 가지로 제한되어 있지만, 앞으로 다양한 분야에서 새로운 케어 코디네이터 모델이 개발될 것이라 예상된다. 이때 Lam (2014)이 MCCD의 케어 코디네이션 모델평가를 통해 도출한 성공적인 모델의 다섯 가지 구성요소, 즉 포적 집단선정, 적절한 직원 배치, 일차 돌봄 제공자와 협력, 정보기술의 활용 및 모든 팀원에 대한 교육 및 피드백을 중심으로 준비하면 많은 도움이 될 것이다.

III. 결 론

본 연구는 급변하는 보건으로 환경과 보건정책의 변화로 지역사회 통합 돌봄 사업이 시작되면서 간호사 코디네이터가 주목되는 현 시점에 케어 코디네이션의 정의를 확인하고 간호사 코디네이터 활동과 역할을 확인하여 정리하였다. 고찰결과 케어 코디네이션은 케어 매니지먼트와 전환기 간호가 포함된 포괄적 개념으로, 환자들의 요구와 선호를 충족시키기 위한 적절한 서비스를 시의적절하고 효과적으로 제공할 수 있도록, 돌봄 관련자 간에 인적 및 기타 자원에 대한 정보를 공유하고 의사소통하면서 돌봄 활동을 의도적으로 조직하고 통합하는 것이라고 정의할 수 있다. 간호사 케어 코디네이터 역할은 정의에 근거하면 크게 돌봄의 조직자와 통합자로 정리할 수 있지만, 문헌고찰을 통해 확인된 활동들은 포괄사정부터 평가까지 체계적인 일련의 활동으로 이루어지기 때문에 활동에 근거하여 구체적인 역할을 협력자, 맞춤형 케어 플래너, 교육 및 상담자, 직접간호제공자, 인구집단 건강관리자, 프로그램 평가자로 정리하였다. 이러한 역할의 제시는 간호사 케어 코디네이터가 맡은 바 직책이나 임무를 명료히 인식할 수 있도록 돕는 기준이 될 수 있을 것이다. 역할과 함께 간호사 케어 코디네이터에게 필요한 지식과 역량을 제시하였으므로 간호협회 및 대학 등 간호계는 간호사 코디네이터가 역할을 잘 수행할 수 있도록 활동기반 역량 강화교육을 준비하여 실시해야 한다. 또한 지역사회실무 현장에서 간호사가 핵심이 되는 케어 코디네이터 프로그램이 잘 정착될 수 있도록 정책, 교육 및 실무 측면에서 다양한 노력을 하여야 할 것이다. 본 연구는 미국과 호주의 문헌을 위주로 고찰하였다는 제한점이 있으며 앞으로 좀 더 확대된 문헌고찰과 그에 따른 제안이 필요하다.

Reference

Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). *Coordinating care for adults with complex care needs in the patient-centered medical home: challenges and solutions*. Retrieved August 3, 2019, from [https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Coordinating%20Care%20for%](https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Coordinating%20Care%20for%20)

- 20Adults%20with%20Complex%20Care%20Needs.pdf
- Central Australian Aboriginal Congress. (2019, November). *2018-2019 Central Australian Aboriginal Congress annual report*. Retrieved November 2, 2019, from https://www.caac.org.au/uploads/pdfs/Annual-Report-18-19_web.pdf
- Chin, Y. R., & Kim, H. (2016). The Role of community health nurse in essay written by a nurse practitioner of primary health care post, *Journal of Korean Public Health Nursing*, 30(2), 300-310. <https://doi.org/10.5932/JKPHN.2016.30.2.300>
- Department of Health. (2018). *A district nursing framework 2018-2016*. Retrieved August 3, 2019, from <https://www.health-ni.gov.uk/publications/district-nursing-framework-2018-2026>
- Hass, S., Swan, B. A., & Haynes, T. (2013). Developing ambulatory care registered nurse competencies for care coordination and transition management. *Nursing Economics*, 31(1), 41-48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23505750>
- Im, J. H. (2018, July). *Integration of primary care and public health in community care*. Paper presented at the forum of the Korea Community Care Health Council, Seoul.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2010). *The Future of nursing: leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Integration of Relevant Government Departments. (2018, November). *Community care master plan*. Retrieved August 3, 2019, from https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=346683&SEARCH_KEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%BB%A4%EB%AE%A4%EB%8B%88%ED%8B%B0%EC%BC%80%EC%96%B4
- Lamb, G. (2014). *Care coordination: the game changer*. Georgia: American Nurses Association.
- Lam, G., & Newhouse, R. (2018). *Care coordinator: a blueprint for action for RNs*. Georgia: American Nurses Association.
- Lee, G. S. (2019, November). *Community chronic disease management and improving rural health care system*. Discussion presented at the meeting of the 30th Autumnal meeting of Korean Society for Rural Medicine and Community Health. Seoul.
- Lee, J. J., Lee, K. S., Lee, E. S., & Bae, S. G. (2018). *Community primary care governance establishment and operation plan*. Sejong Si: Ministry of Health and Welfare, & Daegu: Keimyung University.
- Lee, K. S., Sa, G. J., & Han, M. K. (2019). Integration of medical and social services: Denmark Case. *Issue Paper*. 42. 1-27.
- MacDonald, K. M., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, C., Smith-Spangler, C., Brustrom, J., & Malcolm, E. (2014). *Care coordination measures atlas version 4*. Rockville: AHQR Publication. Retrieved August 3, 2019, from https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf
- Ministry of Health and Welfare. (2018-a). *Health and welfare statistics year book 2018*. Retrieved August 3, 2019, from https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=03

- 2901&CONT_SEQ=347082
 Ministry of Health and Welfare. (2018-b, May). *Korean-style "Community Care" made with experts and field participation*. Retrieved August 3, 2019, from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=344841
- Ministry of Health and Welfare. (2019-a). *Health and welfare white paper 2018*. Retrieved September 3, 2019, from http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0303011s.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032903
- Ministry of Health and Welfare. (2019-b, January). *Community care leading project*. Retrieved August 3, 2019, from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=347345&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%BB%A4%EB%AE%A4%EB%8B%88%ED%8B%B0%EC%BC%80%EC%96%B4
- Ministry of Health and Welfare. (2019-c, September). *Community care model development operation start*. Retrieved August 3, 2019, from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=350709
- Ministry of Health and Welfare & Chronic Disease Management Demonstration Team in Primary Medical care. (2018). *Guideline for chronic disease management demonstration program in primary medical care*. Sejong Si: Ministry of Health and Welfare, & Seoul: Chronic Disease Management Demonstration Team in Primary Medical care.
- Ministry of Health and Welfare & Chronic Disease Management Demonstration Team in Primary Medical care. (2019). *Work guideline for care coordinator*. Sejong Si: Ministry of Health and Welfare, & Seoul: Chronic Disease Management Demonstration Team in Primary Medical care.
- Ministry of the Interior & Safety & Ministry of Health and Welfare. (2019). *2019 Resident autonomous public service construction project: Health and Welfare Manual*. Retrieved August 3, 2019, from http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=349721
- National Institute of Korean Language. (2019). Dictionary. https://www.korean.go.kr/front_eng/main.do
- Northern Sydney Local Health district. (2019, June). *Clinical services plan 2019~2022*. Retrieved June 16, 2019, from <https://www.nslhd.health.nsw.gov.au/AboutUs/publications>
- Nutt, M. & Hungerford, C. (2010). Nurse care coordinators: definitions and scope of practice. *Contemporary Nurses*, 36(1-2), 71~81. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2010.36.1-2.071>
- Rogenberg, K. (2012). RN population care coordinators. *The America Journal of Nursing*, 112(5), 16. Retrieved August 3, 2019, from https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2012/05000/RN_Population_Care_Coordinators.10.aspx
- So, A. Y., & Hong, M. S. (2005). Analysis of health and social needs for the establishment of coordinated health and social services. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 19(2), 188-2003.
- Statistics Korea. (2019). *Population projections for Korea : 2017 ~2067*. Retrieved August 3, 2019, from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2

/6/index.board?bmode=read&aSeq=373873

Yoon, J. Y. (2018, November). *Aging society and community care: role and task of nursing*

practice. Paper presented at the meetings of the Korean association of Gerontology and Geriatrics, Seoul.

Community Care and Nurse Care Coordinator

Han, Young Ran (Professor, Department of Nursing, Dongguk University)

Purpose: This study examined the definition of care coordination, and the activities and roles of nurse care coordinators. The study also proposed suggestions for establishing and expanding the role of nurse care coordinators in community health practice. **Methods:** This study derived its conclusions by conducting a literature review. **Results:** The definition of care coordination is a comprehensive concept that includes case management and transitional care, and can be summarized as organizer and integrator of care. According to the literature review, 12 activities and 6 roles of nurse care coordinator were identified such as a collaborator, an individualized care planer, an educator/counselor, a direct nursing care providers, a population care coordinator, and a program evaluator. Training for nurse care coordinators is currently addressed in the Primary Medical Chronic Disease Management Program. Visiting nurses working at the Eupyeong-dong visiting health and welfare service are expected to act as nurse care coordinators, and the role of nurse care coordinators will, in the future, gradually increase in various nursing facilities. **Conclusion:** In addition to developing competencies to act as a nurse care coordinator, there is need for approaches to health policy that develop both independent role and population focused role as care coordinators.

Key words : Nurses, Community health, Role